Révision 30/12/2024

ITEM 170 : PALUDISME

Paludisme = protozoose à **hématozoaire** du genre *Plasmodium,* d'espèce *falciparum*, *vivax, ovale, malariae* ou *knowlesi.*
- Réservoir strictement humain (sauf *P. knowlesi* touchant aussi le singe).
- Vecteur : **anophèle femelle** à **activité hématophage nocturne** (silencieux, à piqûre indolore).
- Incubation : 1 à 3 semaines en moyenne mais…
. Minimale : **7 jours** pour *P. falciparum* et **10 à 15 jours** pour les autres espèces.
. Maximale : **2** (Pilly) **à 3** (LiSA) **mois** pour *P. falciparum* (dans 95 % des cas), **3-5 ans** pour *vivax* et *ovale*, et **> 10 ans** pour *malariae.*

ESPECES	***Plasmodium falciparum***	- Le + répandu (zone intertropicale) et le + grave, développement de résistances aux antipaludiques. - Transmission principalement en **période chaude** et **humide** (ou **per-annuelle** en zone équatoriale) pour des **températures > 18 °C** et des **altitudes < 1500 m** en Afrique ou **< 2500 m** en Amérique et Asie. - **Incubation** en 7 à 12 jours, **accès palustre** dans les 2 mois, **sans rechute tardive.** ➝ **80 %** des cas de paludisme d'importation en France.
	P. vivax	- Répartition : Amérique du Sud/Centrale, Asie, et plus rarement en Afrique de l'Est (résistance par groupe sanguin Duffy négatif, notamment en Afrique de l'Ouest et Centrale). - **Incubation** en **11 à 15 jours.** - Fièvre terce bénigne, sans risque de forme grave, sans résistance. - **Accès de reviviscence** jusqu'à 3 à 4 ans après (par les hypnozoïtes hépatiques).
	P. ovale	- Répartition = zone épargnée par *P. vivax* : Afrique intertropicale du Centre et de l'Ouest. - Proche de *P. vivax* : **incubation** en 15 jours, fièvre terce bénigne avec cycle de 48 h, **rechute** jusqu'à 5 ans.
	P. malariae	- Répartition : Afrique, Amérique du Sud et Asie, de manière plus sporadique. - **Incubation plus longue** en 15 à 21 jours. - **Fièvre quarte bénigne** avec cycle de 78 h. - **Rechute** jusqu'à 10 ans.
	P. knowlesi	- Répartition : Asie du Sud-Est, en zone forestière, liée à la répartition des singes macaques (hôte) = espèce zoonotique. - **Fièvre quotidienne** avec cycle de 24 h, rares formes graves.
CYCLE	Vecteur	= Moustique du genre ***Anopheles***, seulement la femelle (hématophage). - Piqûre seulement à partir du coucher de soleil, maximum d'activité entre 23 h et 6 h. - Développement des larves dans les collections d'eau non polluées ± adaptation en milieu urbain. - Infection du moustique par des **gamétocytes** lors d'une piqûre d'un sujet contaminé. - **Cycle sexué** = **sporogonique** : en 15 jours si conditions favorables.
	Chez l' homme	= **Cycle asexué** = **schizogonique** : dans les hépatocytes puis dans les érythrocytes. - Infection par des sporozoïtes lors d'une piqûre par anophèle femelle. - **Schizogonies hépatiques** = asymptomatique : multiplication en 1 à 2 semaines, puis éclatement des hépatocytes et libération dans la circulation sanguine de **mérozoïtes** infestant les érythrocytes. ➝ Persistance prolongée **d'hypnozoïtes** (ou **cryptozoïtes**) pour *P. vivax* et *ovale.* - **Schizogonies érythrocytaires** = symptomatique : multiplication de trophozoïtes avec formation de schizontes, puis éclatement de l'érythrocytes par cycles de 48-72h et libération de gamétocytes.
	Phase hépatique pré-érythrocytaire	- **Sporozoïtes** inoculés par l'anophèle : gagne les hépatocytes. - Transformation en **schizontes pré-érythrocytaires.** - Maturation en 7 à 17 jours puis éclatement et libération de mérozoïtes dans le sang. ➝ *P. vivax/ovale* : sporozoïtes intra-hépatiques quiescents = **hypnozoïtes.**
	Phase érythrocytaire	- Pénétration des GR par les **mérozoïtes.** - Maturation en **trophozoïtes** puis en **schizontes**, en 24 h, 48 h ou 72 h selon l'espèce. - Destruction du GR et libération de nouveaux **mérozoïtes** contaminants pour les GR. ➝ Selon la synchronisation des mérozoïtes : **fièvre périodique, quotidienne** (*P. knowlesi*), **tierce** (*P. falciparum* (peu marquée), *vivax, ovale*) ou quarte (*P. malariae*). - Après quelques cycles : maturation en **gamétocytes**, infectant les anophèles.
	➝ *P. falciparum* :	- Schizogonie érythrocytaire quasi-exclusivement dans les **capillaires viscéraux**, notamment cérébraux. - Atteinte de toutes les hématies, quelle que soit leur âge : parasitémie élevée.
RESI	Protection naturelle	- Facteur érythrocytaire : **trait drépanocytaire** (hétérozygotie AS), **déficit en G6PD, groupe Duffy négatif.** - Facteurs non érythrocytaires : **groupe HLA, facteurs ethniques**…

Révision 30/12/2024

	Immunité acquise	= **Immunisation lente, progressive, en cas d'exposition continue** : empêche la survenue de forme grave. - **Non stérilisante** : n'empêche pas l'infestation et la réplication du parasite. - **Non définitive** : perte de l'immunité en **2 à 3 ans** en zone non impaludée.		
ÉPIDEMIOLOGIE		- Endémique en **zones intertropicales** : **250 millions accès palustre/an**, cause de **750 000 à 1 millions de décès/an.** ➝ **Afrique sub-saharienne** : 90 % des cas mondiaux, majoritairement à *P. falciparum.* - **En France** : **4000 cas d'importation/an**, contractés dans 95 % des cas en Afrique subsaharienne, **10 à 20 décès/an.** - **Pédiatrie** : 1000 accès/an importés en France chez l'enfant dont 10 % de nourrisson, > 80 % à P.falciparum.		
	Afrique	- **Risque élevé** dans **toute l'Afrique sub-saharienne** et à **Madagascar** et **Mayotte** : *P. falciparum* prédominant, *P. ovale* et sporadiquement *P. malariae* ± *P. vivax* en Afrique de l'Est. - **Risque faible** en **Afrique du Nord** (à *P. vivax*), **Cap-Vert** et **Ile Maurice.** - **Aucun risque** en **île de la Réunion.**		
	Amérique	- **Risque élevé** en **Amérique du Sud**, notamment à *P. falciparum* (dont la Guyane française, hors villes). - **Risque faible** en **Amérique Centrale** (*P. vivax*). - **Aucun risque** en **Amérique du Nord** et **aux Caraïbes** (dont **Antilles** : **Martinique** et **Guadeloupe**).		
	Asie	- **Risque élevé** en **Asie du Sud-Est** (*P. falciparum, vivax* et *knowlesi*), épargnant les villes (sauf indiennes).		
	Autres	- **Europe** : éradication du paludisme ➝ **cas d'importation** (ou rarement paludisme d'aéroport). - **Océanie** : atteint la Nouvelle-Guinée, Ile Salomon et Vanuatu, indemne en Australie et Nouvelle-Zélande. - **Proche/Moyen-Orient** : *P. falciparum* sur la côte ouest de la péninsule arabique et au Yémen.		
DIAGNOSTIC		➝ **Toute fièvre au décours d'un séjour en zone d'endémie palustre doit faire évoquer le diagnostic de paludisme.** ➝ **La chimioprophylaxie antipalustre, même correctement prise, n'élimine pas totalement le risque.**		
	PALUDISME NON COMPLIQUÉ C	- **Fièvre** : par **accès**, avec **frissons, sueurs, sensation de froid** pendant quelques heures. ➝ **Périodique** : **. Tierce** (J1-J3-J5…) : *P. falciparum*, *P. vivax*, *P. ovale.* **. Quarte** (J1-J4-J7…) : *P. malariae.* ➝ Fièvre périodique présente uniquement dans les diagnostics tardifs. - **Céphalées, myalgies.** - **Troubles digestifs** : **nausées, vomissements, diarrhée.** - **Splénomégalie** inconstante, au bout d'un certain temps d'évolution.		
	Bio	*Orientation*	- **Thrombopénie** quasi-constante, d'intensité variable. - Numération leucocytaire : normale ou **leucopénie/lymphopénie**, sans hyperéosinophilie. - **Syndrome inflammatoire marqué** (CRP souvent > 100). - **Anémie hémolytique** : ↗ bilirubine libre, ↘ haptoglobine, ↗ LDH. - **Cytolyse hépatique** généralement < 10N, prédominante sur les **ALAT.**	
		Confirmation	**Frottis sanguin Goutte épaisse**	= Mise en évidence de l'hématozoaire, nécessitant une certaine expertise : diagnostic positif, d'espèce et parasitémie (hématies parasitées/µL ou %). - **Goutte épaisse** = après hémolyse (aucune hématie visible au microscope) et micro-concentration : plus sensible pour le diagnostic positif. - **Frottis sanguin** : meilleur pour le diagnostic d'espèce et la parasitémie.
			Tests immunologiques de diagnostic rapide	= Sur **bandelette antigénique** : diagnostic rapide sur sang total, sans expertise ± dg d'espèce (*falciparum* ou *non falciparum*). - Détection des espèces pathogènes : **Ag HRP2, pLDH.** - Sensibilité = **100 %**, corrélée à la parasitémie pendant 2 à 6 semaines : ne peut être utilisé pour le diagnostic de rechute.
			➝ Le biologiste doit être averti de la suspicion, et rendre le **résultat < 2 h** par **contact direct.**	

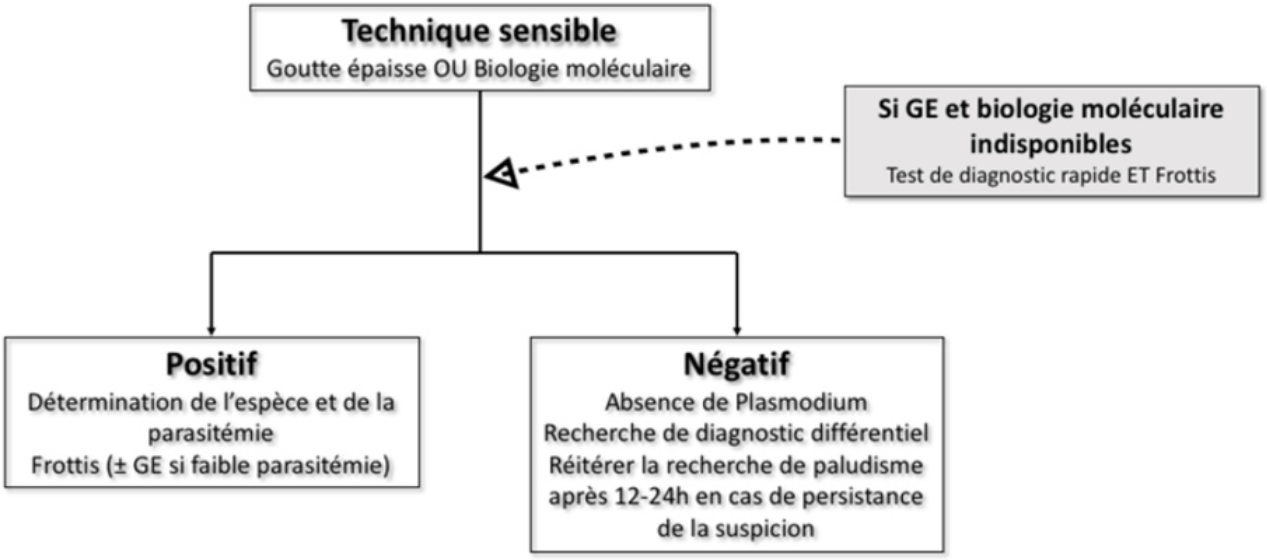

Technique sensible
Goutte épaisse OU Biologie moléculaire
Si GE et biologie moléculaire indisponibles
Test de diagnostic rapide ET Frottis
Positif
Détermination de l'espèce et de la parasitémie
Frottis (± GE si faible parasitémie)
Négatif
Absence de Plasmodium
Recherche de diagnostic différentiel
Réitérer la recherche de paludisme après 12-24h en cas de persistance de la suspicion

Schéma tiré de la fiche LiSA 170

➞ Tout paludisme doit bénéficier d'un bilan clinique et biologique à la recherche de signes de gravité.
- Clinique : examen neuro, respi, hémodynamique, recherche d'hémorragie extériorisée, d'ictère.
- Biologique : **NFS, ionogramme, bilan rénal, glycémie, bilirubine, GDS, lactates, parasitémie.**

PALUDISME GRAVE

- Complication rare, toujours évitable : tout accès palustre à *P. falciparum* (ou beaucoup plus rarement *P. knowlesi*) peut évoluer vers une forme grave, avec risque de décès.
- **Terrain à risque** : enfant, femme enceinte, sujet âgé, asplénie, immunodéprimé ou comorbidité.
➞ Un retard diagnostique et/ou un traitement inadapté sont toujours en cause.

Neuro-paludisme

= Début progressif chez l'adulte ou brutal chez l'enfant < 5 ans.
- **Trouble de conscience** (constant, d'intensité variable) : de **l'obnubilation** au **coma calme.**
- **Comitialité** (surtout chez l'enfant) : **généralisée** ou **localisée**, parfois peu symptomatique (clonie, mouvements oculaires, salivation excessive), jusqu'à **l'état de mal épileptique.**
- **Trouble du tonus** : **hypotonie avec ROT vifs**, puis **raideur, opisthotonos** et **ROT abolis**.
- Évolution : **décès** en 2 à 3 jours sans traitement, **10 à 30 %** de mortalité avec traitement.

Autres

- **Défaillance multiviscérale** : **IRA anurique**, **détresse respiratoire aiguë**, **hépatite**…
- **Anémie profonde** (surtout chez l'enfant).

Critères de gravité (/!\ ≠ des critères d'hospitalisation)

= Hospitalisation urgente avec avis d'un réanimateur si **≥ 1 critère** (sauf hyperparasitémie isolée).
➞ La thrombopénie n'est pas un signe de gravité.

Toute défaillance neurologique	**Obnubilation, confusion, somnolence, prostration** **Coma** avec Glasgow < 11	**Anémie profonde**	**Hb < 7** ou **Ht < 20 %** chez l'adulte
		Ictère	**Clinique** ou **bilirubine totale > 50 µmol/L**
Toute défaillance respiratoire	**PaO_2 < 60 mmHg, SpO_2 < 92 %** **Polypnée > 30/min** **Signes radiologiques** : image interstitielle ou alvéolaire **Si VM/VNI :** **PaO_2/FiO_2 < 300 mmHg**	**Hémorragie**	Clinique
		Acidose métabolique	**Bicarbonates < 15 mmol/L** **pH < 7,35**
Toute défaillance cardiocirculatoire	**PAS < 80 mmHg** **Signes périphériques d'insuffisance circulatoire** Nécessité de **vasopresseurs**	**Hyperlactatémie**	> 2 et surtout si **lactates > 5 mmol/L**
Convulsions	**Adulte : dès 1er épisode** **Enfant : répétées ≥ 2/24h**	**Insuffisance rénale**	**Créatinine > 265** ou **urée > 20 mmol/L** **Diurèse < 400 mL/24 h** (ou < 12 ml/kg/24 h chez l'enfant) malgré réhydratation
Hypoglycémie	**< 2,2** mmol/L (soit **0,4 g/L**)	**Hyperparasitémie**	**Parasitémie > 4 %** chez l'adulte, **> 10 %** chez l'enfant

Infestation chronique (en zone d'endémie)

- **Paludisme viscéral évolutif** (enfant ou adulte non prémuni) : **anémie, splénomégalie, température normale** ou **fébricule**, avec **poussées thermiques**, retard staturo-pondéral ➞ **sérologie** positive.
- **Splénomégalie palustre hyperréactive** (autochtone vivant en zone impaludée) : **splénomégalie** avec **hypersplénisme**, **cytopénie de séquestration** ➞ **sérologie** fortement positive.
- **Fièvre bilieuse hémoglobinurique** = **anémie hémolytique aiguë immuno-allergique à la quinine.**

CODEX.:, S-ECN.COM

Révision 30/12/2024

TT

ANTI-PALUDÉEN

- **Dérivé quinoléique** : **chloroquine, quinine, méfloquine, halofantrine, luméfantrine, pipéraquine.**
- **Dérivé de l'artémisine** : **artésunate, artéméther, dihydroartémisinine.**

➝ Les dérivés quinoléiques et de l'artémisine interfèrent avec l'utilisation de l'hémoglobine par le parasite.

- **Proguanil** : inhibe le métabolisme de l'acide folique par le parasite.
- **Atovaquone** : interfère avec les fonctions mitochondriales du parasite.

➝ Tous les antipaludéens sont à prendre **au cours du repas** avec des aliments riches en lipides.

➝ **Grossesse :**

. Contre-indication absolue : **halofantrine, doxycycline, dérivé de l'artémisine** (sauf forme grave).

. Contre-indication relative : **méfloquine**, **atovaquone-proguanil.**

➝ **Chez l'enfant :**

- **En 1re intention :** Artéméther-luméfantrine, Dihydroartémisinine-pipéraquine, Atovaquone-proguanil, Méfloquine -> même durée de prise que l'adulte (voir tableau).
- Comprimés à **écraser** si < 6 ans.
- Si vomissement dans l'heure de la prise : nouvelle prise ; si vomissements persistants, envisager voie IV.
- Ne plus prescrire d'Halofantrine.

Quinine	Orale ou IV Jamais IM (nécrose) Demi-vie courte Action rapide	- Curatif : Oral : 3 prises/jour pendant **7 jours.** ± Début parentéral : 24 mg/kg IVL toutes les 8 h. - **Marge étroite** = **10-12 mg/L** : dosage si voie IV ou insuffisance rénale. - EI : . **Cinchonisme** (fréquent, transitoire) : **acouphène**, **vertiges**, **nausées**, **céphalées**, **hyperacousie**, **amaurose.** . Rare : **hypoglycémie**, **veinite.** - **Surdosage** : **hypotension**, **troubles de conduction et du rythme.**
Artésunate	Voie IV	- EI : **anémie hémolytique retardée** (surveillance NFS) **et allongement QT** (surveillance ECG).
Chloroquine	Orale	- EI : rares, bénins, ou **rétinopathie** si fortes doses cumulées.
Proguanil	Orale	- EI : rares, bénins, notamment **aphtose buccale.**
Méfloquine	Orale Demi-vie longue 1re prise 10 jours avant le départ (tolérance)	- Curatif : 25 mg/kg en 3 prises sur **1 jour.** - CI : Allaitement et enfant < 15 ans ou < 5 kg. Antécédent de convulsions ou troubles psychiatriques. - Déconseillé en cas de pratique de plongée. - EI : . **Digestifs** : **nausées, vomissements, douleur, diarrhée.** . **Neuropsychiatrique** : **cauchemars**, **dépression**, **sensation ébrieuse**, **vertiges, céphalées, insomnie, trouble délirant aigu.**
Atovaquone-Proguanil	Orale	- Curatif : 1 prise/jour pendant **3 jours.** - EI : **troubles digestifs, éruption cutanée.**
Doxycycline	Orale	- CI : grossesse, enfant < 8 ans. - EI : **photoxicité, ulcération œsophagienne, troubles digestifs.**
Halofantrine	Orale	- Curatif : 3 prises sur **1 jour** avec 2de cure à mi-dose à **7 jours.** - EI : **allongement du QT** ➝ surveillance ECG, utilisation prudente. - Ne plus utiliser chez l'enfant.
Artéméther-luméfantrine **Dihydroartémisinine-pipéraquine**	Orale	- Curatif : 6 prises de 4 cp à **H0, H8, H24, H36, H48 et H60** pour l'AL, 1 prise/j pdt 3 jours pour la DP. - CI : grossesse au 1er trimestre, **allongement du QT.**

Critères d'hospitalisation

Liés au terrain :

- Hospitalisation **systématique chez l'enfant ++.**
- Autres personnes à risque de complication, dont : âge physiologique avancé, comorbidités, grossesse, splénectomie.

➝ Les conditions permettant un traitement ambulatoire sont rarement remplies : hospitalisation en cas de doute.

➝ Pour tout patient présentant un paludisme à *P. falciparum*, la présence d'un critère de gravité impose l'avis immédiat d'un réanimateur.

Clinique/ paraclinique	- Tout signe de gravité. - **Thrombopénie < 50 G/L.** - **Anémie < 10 g/dl.** - **Créatininémie > 150 µmol/L.** - **Parasitémie > 2 %.** - Terrain : **grossesse**, **enfant**, **asplénie** ou **décompensation de comorbidité.**
Diagnostique	- Impossibilité d'avoir un diagnostic parasitologique fiable et rapide.
Thérapeutique	- **Vomissements** rendant impossible un traitement oral. - **Impossibilité de traitement ambulatoire** : personne vivant seule, milieu défavorisé, éloignement d'un centre hospitalier, impossibilité de suivi, absence de médicament immédiatement disponible en pharmacie. - **Échec d'un 1er traitement.**

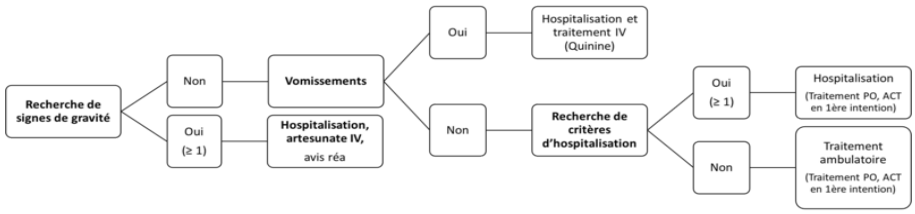
<table>
<tr><td rowspan="11">Accès palustre à P. falciparum</td><td rowspan="2">Forme non compliquée</td><td>Sans vomissements</td><td>Si accès à P.falciparum :
• 1re intention : artéméther-luméfantrine PO ou Dihydroartémisinine - pipéraquine PO.
• 2e intention : atovaquone-proguanil PO.
• 3e intention : quinine PO.
Si accès à P. non falciparum :
• 1re intention : 1 ACT ou chloroquine.
Si accès à P.vivax ou P.ovale, 14 jours de primaquine en prévention de la reviviscence (attention au déficit en G6PD).</td></tr>
<tr><td>Avec vomissements</td><td>- Quinine IV : en IVL (> 4 h) ou IVSE dans du G5%.
- Relai oral par quinine ou antipaludéen de 1re intention dès l’arrêt des vomissements.
- Alternative : quinine + clindamycine IV pendant 3 jours.</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Forme grave</td><td colspan="2">➙ Prise en charge urgente en réanimation (sur avis du réanimateur).
- Artésunate IV : à H0, H12, H24 au minimum 24 h ou jusqu’à amendement du/des critères de gravité, sur ATU (prolongeable jusqu’à 7 jours soit 9 doses).
- 2,4 mg/kg (3 mg/kg chez enfant < 20 kg).
- Alternative si artésunate non immédiatement disponible : quinine IV avec dose de charge sur 4 h (dose de charge contre-indiquée chez l’enfant).
- Ensuite : toujours relai par voie orale envisagé après ≥ 3 doses IV, si patient conscient/sans trouble digestif/sans signe de gravité, quel que soit la durée de ttt par Artésunate, préférentiellement par bi-ttt comprenant un dérivé de l’artémisine (ACT).</td></tr>
<tr><td>TTT associés</td><td>- PEC d’une hypoglycémie (surtout en cas de traitement par quinine).
- ECG avant traitement puis quotidiennement.
- Apports hydroélectrolytiques modérés (risque d’OAP).
- Transfusion de CGR si Hb < 7 ou selon terrain.
- Transfusion plaquettaire si thrombopénie profonde (< 20 G/L ou < 50 G/L avec manifestations hémorragiques).
- Antibiotique si acidose ou sepsis grave/choc (co-infection fréquente).
- Oxygénothérapie, assistance ventilatoire, dialyse si besoin.</td></tr>
<tr><td colspan="2">Enfant</td><td>- Paludisme non compliqué (3 jours de ttt) :
• 1re intention : artéméther-luméfantrine (2 prises/j), dihydroartémisinine-pipéraquine (1 prise/j).
• 2e intention : méfloquine ou atovaquone-proguanil.
- Paludisme grave : artésunate IV (modalités de suite de traitement similaires à l’adulte).</td></tr>
<tr><td colspan="2">Femme enceinte</td><td>- Paludisme non compliqué : quinine, atovaquone-proguanil au premier trimestre ; à partir du 2d trimestre, l’artéméther-luméfantrine doit être privilégié.
➙ Artémisine contre-indiqué chez la femme enceinte.
- Paludisme grave : artésunate IV.</td></tr>
<tr><td colspan="2">Suivi</td><td>- Surveillance clinique (température, troubles digestifs) et biologique (NFS, iono, créat).
➙ Une aggravation transitoire de la parasitémie dans les 24 h après le début d’un traitement par quinine n’a pas de signification péjorative.
- Frottis/goutte épaisse de contrôle à J3, J7 et J28.
- Surveillance NFS, réticulocytes, haptoglobine J3-J7-J14-J21-J28.
- Pédiatrie : parasitémie de J3 doit être <25 % de la valeur initiale et négative à J7.</td></tr>
<tr><td colspan="2">Synthèse conduite thérapeutique</td><td> 

Schéma tiré de la fiche LiSA 170.</td></tr>
<tr><td colspan="3">Accès palustre à P. vivax, ovale ou malariae</td><td>➙ En cas de doute sur le diagnostic de l’espèce : traiter comme un paludisme à P. falciparum.
- En l’absence de vomissement : - 1re intention : ACT ou Chloroquine : orale pendant 3 jours.
- Avec vomissements : quinine IV.
- Dès le 1er accès palustre à P. vivax ou ovale = traitement des hypnozoïtes hépatiques (prévention des récidives) : primaquine sur ATU, en l’absence de contre-indication (déficit en G6PD).</td></tr>
<tr><td colspan="3">Accès palustre à P. knowlesi</td><td>- Paludisme non compliqué : bithérapie à base d’artéméther par voie orale.
- Paludisme grave : artésunate IV.</td></tr>
<tr><td colspan="3">Déclaration obligatoire</td><td>- Tout paludisme autochtone (absence de séjour en zone d’endémie < 12 mois) en métropole et dans les DOM-TOM (dont la Guyane).
- Tout paludisme d’importation dans les DOM-TOM (hors Guyane).</td></tr>
</table>

Révision 30/12/2024

PREVENTION

= Pour les voyageurs (touristes, professionnels, migrants retournant en zone d'endémie) et les expatriés.
Sources d'infos concernant les zones d'endémies : bulletin épidémiologique hebdomadaire, World Malaria Report par OMS.

Protection contre les piqûres d'anophèle

= Principale mesure préventive : à appliquer strictement, dès le coucher du soleil.
- **Ports de vêtements amples et couvrants**, **imprégnés d'insecticides.**
- **Répulsifs** sur les parties découvertes : **DEET** à 50 % chez l'adulte, 20 % chez la femme enceinte, 30 % chez l'enfant > 6 mois.
- **Moustiquaire imprégnée de répulsif rémanent** (**perméthrine**).
- **Insecticide domestique.**

Chimioprophylaxie

- **Indication** : selon la zone visitée, les résistances aux médicaments antipaludéens, l'intensité de la transmission, les conditions, la période et la durée du séjour, le voyageur, les capacités financières (non remboursé).
➔ **La notion de zone a été abandonnée** : considérer comme zone 3 si nécessité de chimioprophylaxie.
➔ La plupart des antipaludéens (sauf l'atovaquone-proguanil) n'agissent que sur les **formes érythrocytaires** : nécessite un traitement prolongé **après le retour** de la zone d'endémie palustre.
➔ **Pédiatrie** *(toujours présent sur le nouveau Collège de pédiatrie de décembre 2023)* : **Chloroquine** (1/j pdt séjour puis 4 semaines après) et **Proguanil** (associée avec Chloroquine, même modalité, à partir de 1 an) sont également possible en plus des molécules du tableau ci-dessous.

	CI	Effets indésirables	Rythme	Durée du traitement
Atovaquone-proguanil		Tb digestifs	1/jour	La veille à 1 semaine après
Doxycycline	Grossesse, allaitement < 8 ans	Phototoxicité	1/jour	Jour du départ à 4 semaines après
Méfloquine	ATCD psychiatriques	Tb neuropsychiques	1/semaine	De 10 jours avant à 3 semaines après

CAT en cas de symptômes

- **Éducation sanitaire** : principaux symptômes, nécessité de recherche d'un paludisme en urgence en cas de fièvre lors du voyage et le mois suivant le retour.
- **Traitement de réserve** (prescription exceptionnelle) = **atovaquone-proguanil, artéméther-luméfantrine, dihydroartémisinine-pipéraquine** : en cas d'absence de possibilité de prise en charge sur place dans les 12 h, avec consultation dès que possible au décours.

CODEX.:, S-ECN.COM